

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

92

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alfonso-Ramon REINOSO

Né le 2 août 1907, à Tocnyo (Vénézuéla)

Considérations générales
SUR
la Chirurgie Esthétique

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Alfonso-Ramon REINOSO

Né le 2 août 1907, à Tocnyo (Vénézuéla)

Considérations générales SUR la Chirurgie Esthétique

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS
LES PRESSES MODERNES
96, GALERIE BEAUJOLAIS

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT. CUNEO GREGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ MULON. OLIVIER. VERNE. HOVELACQUE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie
 BENARD Henri . . . Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . . . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ADRANT Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 SASSET Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.

MM.

SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLS	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection filiale (in memoriam).

A MON PÈRE ET A MON ONCLE

Hommage de reconnaissance, d'affection et immense gratitude pour les sacrifices sans pareil qu'ils se sont imposés pour mener à bien mes études.

A MADEMOISELLE H. DIEBOLD

Ma Grande Amie.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique à l'Hôpital Broca
Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Président d'Honneur au Premier Congrès International
de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette thèse, un des esprits le plus éclairé et le plus fin de la France Littéraire, un des plus grands chirurgiens de notre époque. Faible hommage de notre reconnaissance respectueuse.

A M. LE DOCTEUR DARTIGUES

Président Fondateur de la Société Française de Chirurgie
Réparatrice, Plastique et Esthétique

*Qui nous a inspiré ce sujet de thèse et
qui nous a éclairé de ses conseils et de
sa grande expérience dans cette matière,
et à qui nous exprimons ici notre pro-
fonde gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS LEJARS (*in memoriam*)

SEBILEAU
LEMAITRE
LEGUEU
P. DUVAL
HETZ-BOYER
DELBET
LENORMANT
GOSSET
LÉVY-SOLAL
DEVRAIGNE
F. RAMON
GUILLAIN
H. CLAUDE
ACHARD
ROUSSY
LOUBRY
SERGENT
CLERC
CARNOT

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

AVANT-PROPOS

La chirurgie plastique et réparatrice est déjà une branche bien connue de la chirurgie spéciale.

La chirurgie cosmétique pour employer un terme du professeur Sebileau par contre, peut être considérée jusqu'à présent comme une voisine pauvre et il faut le dire sans crainte, calomniée un peu partout.

En effet, cette branche de la prothèse spéciale n'est pas considérée comme une branche purement médico-chirurgicale, et la correction de certains défauts qui tout en diminuant la beauté plastique de l'individu ne peuvent néanmoins le faire considérer comme un infirme, comme un véritable objet de repoussoir ; qui sont ses fins ne semble pas pour la plupart des maîtres être digne d'intérêt.

Cependant il est certain que depuis longtemps tant en France qu'à l'Etranger et particulièrement en Allemagne et aux Etats-Unis ; maints auteurs sont revenus sur cette opinion ; et plusieurs d'entre eux ont publié sur cette intéressante matière des travaux originaux.

On peut donc dire que la chirurgie esthétique est à la mode et qu'elle prend de plus en plus une part prépondérante dans la pratique chirurgicale actuelle, de telle sorte qu'on est venu à la considérer comme une spécialité tout à fait à part de la chi-

rurgie maxillofaciale de la chirurgie réparatrice et de la rhinologie.

C'est en voyant cet essor de plus en plus grand, pris par une telle question qu'il nous a semblé intéressant d'écrire un travail d'ensemble sur :

1° *Son histoire.*

2° *Son état actuel et ses résultats.*

3° *Son utilité pratique.*

4° *Ses responsabilités médico-légales.*

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On ne peut parler de chirurgie esthétique sans la considérer, dans une certaine mesure, comme la fille cadette de la chirurgie réparatrice rhinoplastique et maxillo-faciale, lesquelles ont vu leurs domaines s'accroître singulièrement au cours de la dernière guerre.

On peut néanmoins dire qu'on a toujours fait de la chirurgie esthétique et sans vouloir appeler esthétiques les nombreuses interventions qui, depuis tous les temps ont été faites sur le corps humain dans un but d'amélioration ou de restitution de sa forme et fonction, comme on pourrait le constater, on trouve de temps en temps dans les œuvres les plus anciennes de médecine et de chirurgie des observations, (où il est vrai sans mention spéciale) on peut dire tout de même que le but poursuivi par l'opérateur était celui d'embellir. Nous ne voulons pas remonter ici aux Grecs et aux Egyptiens, qui déjà employaient des procédés plus ou moins médico-chirurgicaux pour tâcher de conserver leur beauté corporelle dont ils étaient si fiers. On pourrait considérer cette partie de l'histoire de la chirurgie esthétique comme sa pré-histoire, et non seulement chez ces peuples mais dans tous les peuples, les procédés de massages à la main et à la palette, de culture physique, etc... ont été mis au service de la beauté du corps et du visage.

On peut donc dire en somme sans crainte de

pêcher par exagération, que depuis que la coquetterie féminine existe, et que le désir de l'homme de plaire à la femme a commencé à se manifester, la cosmétique elle-même existe. Il est donc justifié de dire que la cosmétique est née avec le genre humain et que ses origines remontent à l'origine même de l'humanité. Naturellement elle change et se modifie suivant que change et se modifie la conception de la beauté chez les divers peuples et races.

Il fût un temps, le temps du Jupiter Olympien et de la Minerve du Parthénon où la beauté plastique obéissait à des règles immuables. Ainsi le nez droit était à cette époque le nez idéalement beau, nous ne trouvons dans les œuvres des artistes de cette époque, des sculptures et des peintures dont les auteurs ne manquaient pas de ramener tous les visages à un visage type, à un visage étalon si nous osons dire ; et c'est peut être le grand défaut que commirent ces grands faiseurs de beauté sur toile et sur le marbre, en effet, ils nous laissèrent des chefs-d'œuvre remarquables et qui furent époque mais qu'aujourd'hui nous trouvons si dépourvus de vie et d'expression.

De nos jours par contre, la conception de la beauté est bien différente et nous reconnaissons que la valeur expressive d'une physionomie jaillit précisément de ses irrégularités par lesquelles elle se singularise. Nous savons reconnaître avec Lavater que les traits du visage ne sont pas des pièces détachées, appariées au hasard, réunies par un jeu ou un caprice de la nature : le rassemblement concourt à un effet d'ensemble qui est l'expression de la physionomie.

C'est à ces règles artistiques qu'obéissent aujourd'hui les peintres et les sculpteurs, artistes sur la matière inerte ; c'est à elle aussi qu'obéit égale-

ment le chirurgien esthétique qui est un artiste à plus grande tâche puisqu'il travaille sur la matière vivante, sur la matière humaine.

Il faut tenir compte aussi de différents goûts des races et des tempéraments pour apprécier aujourd'hui comme toujours ce qu'un individu et un peuple ne peuvent trouver beau et digne d'admiration. Qui d'entre nous ne s'est vu frémir d'horreur en contemplant l'œuvre faite par ces chirurgiens de certaines tribus d'Afrique qui nous ont offert le lamentable spectacle des négresses à plateau. Nous savons pourtant que le fait d'avoir pendu aux lèvres ces énormes et gênants plateaux en bois constitue pour elles un signe d'honorabilité et une marque de beauté. Et ce sera celle qui portera le plus grand de ces objets à qui reviendra le palmarès de la beauté. Nous pourrions donner à plaisir des exemples semblables, mais cependant moins frappants que celui que nous venons de citer.

Il nous semble que derrière lui il n'y ait pas d'autres qui nous démontre d'une façon plus précise les variations que peut subir l'appréciation de la beauté sur la surface de notre globe. Et si nous connaissions ce que pense de notre type de beauté les habitants « Flammarionesques » de Mars et des autres planètes ?

Mais à part tout cela, nous sommes obligés de reconnaître un type de beauté qui est plus ou moins apprécié par toutes les autres races et c'est sans conteste la race blanche qui possède aujourd'hui l'idéal de la beauté humaine. Tous nos efforts tendent donc à nous rapprocher de ce type de perfection, et nous sommes presque certains que nos modernes chinois et japonais changeraient volontiers leurs yeux en amande, pour nos pieds qui ne se trouvent pas toujours à l'aise dans les petits souliers de Cendrillon.

Mais laissons ces digressions plus ou moins d'à propos et revenons à l'histoire de la chirurgie esthétique.

Chirurgicalement parlant, déjà au début du XVIII^e siècle, des chirurgiens français avaient fait œuvre d'esthètes et le grand^e chirurgien Guy de Chauliac dans sa *Grande Chirurgie* dit notamment en parlant des cicatrices disgracieuses : « D'autant que visage est membre de beauté et d'honneur, il le faut si sagement traiter, que les sutures et cicatrices ne se fassent laides ». Et c'est comme nous voyons par l'amélioration des cicatrices que cette chirurgie a commencé, elle a voulu résoudre le problème le plus difficile de la chirurgie esthétique et qui malheureusement se trouve résolu ; le bistouri laissant partout où il passe la trace indélébile de son passage.

Dionis de Paris écrit : « Abcès qui vient au visage, n'embarrasse pas peu le chirurgien, parce qu'il se trouve dans la nécessité d'y faire des incisions, qui laissent des cicatrices causant des difformités de cette partie. On a été dans cet embarras au sujet de Monsieur le Duc de Berry. On fit une incision seulement de la longueur d'une épingle, en 20 jours il a été parfaitement guéri et comme on a fait l'ouverture la moins grande qu'on a pu, et autant proche de l'oreille que la tumeur le permit il ne reste qu'une petite cicatrice longitudinale qui sera cachée par le bord de la perruque ».

Le Grand Dupuytren (1777-1825) parlant des cicatrices dans son livre sur les blessures, veut aussi voir les cicatrices laissées après guérison moins de flétrisures « qui causeraient des difformités et iraient contre le but que l'art se propose ». Et enfin en 1854 Chassaignac invente la suture intra-dermique qu'il nomme « *La Suture celluleuse ou sous-cutanée* », et fait de ce travail l'objet d'une communication à la

Société de Chirurgie 20 Août 1851. A partir de ce moment tous les auteurs publient des techniques plus ou moins heureuses sur la façon de dissimuler les points de suture. Ainsi Cucuel en 1864 décrit la suture en corset. Kendal Franks, en Angleterre parle de la suture intradermique « *subcuticular suture* » ; O. Marly en Amérique, 1890, « *la suture en lacet de soulier* » « *in the same way as we draw tigh the lance of a shoe* ».

Le docteur Dartigue dans la Presse Médicale décrit une incision cruciale avec sutures transversales qui reste cachée par les poils, dans les laparotomies médianes^e; premier travail publié en France à ce sujet. En 1900, Camabel de Bucarest reproduit les travaux de Dartigues. Morestin publie sa technique sur les sutures esthétiques des hernies inguinales. Et pour terminer en 1900, *les Agraffes de Michel* font leur apparition et sont employées encore de nos jours.

Pour ce qui se rapporte aux opérations esthétiques proprement dites dans le but de modifier la forme disgracieuse d'un organe extérieur, ce fut surtout dans la deuxième moitié du siècle dernier que commença la pratique de telles opérations. Joseph 1864, Morestin 1890, Martino 1856, publièrent les premiers travaux sur les opérations pratiques sur le nez, les oreilles, les seins, etc...

Nous groupons ici les opérations d'esthétique pure faites depuis 1900, époque où cette chirurgie tant en France qu'à l'Etranger particulièrement en Amérique et en Allemagne a fait son apparition

Des opérations sur les défauts des oreilles furent mises en pratique ou créées en Allemagne par Eckstein 1921. Gersmy (1903), Eitner (1923); en France celui qui, tout dernièrement s'est spécialisé pour ainsi dire dans cette question, est Bourgent de Paris.

Theulot, Civachier, Imbert, corrigent déjà au 18^e siècle l'acné hypertrophique du nez, mais le font sans règle aucune. En 1878 Ollier règle l'intervention, et démontre qu'après elle, la plaie se répare spontanément en de très bonnes conditions.

Hebra, Le Dentri, Kirmisson (qui n'était pas un adepte particulier de la chirurgie Cosmétique, puisqu'il failli refuser la première thèse sur chirurgie cosmétique, présentée à la Faculté de Médecine de Paris) font la décortication de l'acné hypertrophique.

En 1900 Morestin publie un travail sur la rhinoplastie au moyen de « lambeaux gennien et frontal ». « Les lambeaux destinés à refaire l'aile du nez seront prélevés avantageusement au niveau du sillon génio-labiale ».

Et par la suite depuis 1900 nous assistons au grand essor pris par la chirurgie cosmétique du nez, dont nous parlerons à l'article « *Etat actuel et résultat* » ; qu'il nous suffise de dire ici que ce fut Joseph de Berlin qui faisant une opération sans cicatrice extérieure sur le nez, créa ainsi la première opération réellement cosmétique sur cette région.

Quant aux seins, c'est particulièrement à H. Morestin que nous devons les premières opérations plastiques. Cet homme que nous considérons comme le père de la chirurgie réparatrice, en France, inventa des techniques si ingénieuses et si pratiques, qu'elles continuent à se pratiquer aujourd'hui parfois déguisées sous un autre nom.

Et ici, nous nous permettons d'ouvrir une parenthèse pour dire deux mots sur cette grande figure de la chirurgie maxillo-faciale. Morestin est un véritable créateur et innovateur qui a fait école, un maître faisant preuve en chirurgie, d'un esprit d'invention et d'une activité sur tous les domaines de la chirurgie. Il a fait ses preuves en tant que chirurgien

plastique et cosmétique ; soit au sein par ses procédés permettant de laisser une trace dissimulée dans les extirpations des adénomes, soit par ses procédés de mamectomie et de correctoin des ptoses mammaires comme celui de transplantation du mamelon, etc...

Et nous ne mentionnons pas ses multiples techniques sur la chirurgie du cou et maxillo-faciale, où il se révèle un véritable créateur.

Après lui, en France comme à l'Etranger, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de la chirurgie plastique du sein, surtout avant et après la guerre ; Kablbr 1911, Lexer 1912, Gobell 1914, Blond 1921, Kuster 1926 en Allemagne. Morestin procède de la boutonnière axillaire ; Celret en 1907 autoplastie de l'amputation du sein. Dartigues 1925-1929 mamectomie totale indications opératoires, thérapeutique et plastique. Lacène 1925, Passot 1925-30, Virenyne 1929, Ombredanne, reconstitution autoplastique du sein après amputation totale.

En Amérique aussi des travaux très nombreux ont été effectués sur la question, parmi les auteurs nombreux qui se sont distingués, il nous faut nommer : Bartlette de Phyladelphie 1917, Brelin et Adams 1895, Greave 1898, Phypley 1926.

Pour les rides du visage, une des interventions de chirurgie esthétique le plus couramment pratiqué aujourd'hui (cette chirurgie n'est pratiquée que depuis relativement peu de temps). D'après nos consultations bibliographiques il nous semble qu'elle fut pratiquée pour la première fois, en Allemagne. Parmi les auteurs qui la créèrent nous pouvons citer Fruhwal en 1922, Joseph en 1921, Eitner 1924. En France, Passot de Paris et Clavue.

Enfin dans tous les autres domaines de la Chirurgie Esthétique les mêmes auteurs et d'autres encore ont fait des interventions esthétiques augmen-

tant chaque jour le nombre de celle-ci et créant des techniques nouvelles.

Nous voyons par cette revue rapide de l'histoire de la chirurgie esthétique, que cette chirurgie quoique relativement jeune est aujourd'hui déjà complètement établie, qu'elle a ses raisons d'exister et enfin qu'elle est venue tout naturellement prendre la place en temps de paix qui détenait en temps de guerre, la chirurgie maxillo-faciale.

CHAPITRE II

ETAT ACTUEL ET RESULTATS

Aujourd'hui, il nous semble qu'étant donné le chemin qu'elle a parcouru et les progrès qu'elle a faits, il n'est pas trop dire, de la considérer comme une branche de la chirurgie qui a donné ses preuves, et pour mieux la définir, nous citons ces mots du professeur Ducuing :

« La chirurgie esthétique est un art, basé sur des sciences solides dont les principales sont : l'anatomie pathologique, la pathologie externe et interne, la physiologie. »

Et nous entendons parler ici de chirurgie cosmétique pure, malgré, il est vrai, qu'il n'existe pas de limites étanches entre la chirurgie cosmétique ou esthétique et la chirurgie réparatrice. On doit cependant considérer comme relevant de la première, toutes les interventions qui sont faites dans un but de pur embellissement plastique et dont l'abstention ne met nullement en danger la vie de l'individu.

Nous verrons un peu plus loin que si ces opérations sont inutiles quant à la santé physique, leur utilité s'avère indiscutable sur l'état psychique des sujets qu'elles peuvent changer du tout au tout.

Il n'est pas dans notre esprit de décrire dans le cadre réduit d'une thèse, toutes les techniques employées aujourd'hui dans les si diverses et si nombreuses opérations qui sont de mise dans la pratique courante de cette chirurgie.

Nous nous contenterons de passer en revue les opérations qui, étant parfaitement réglées, sont susceptibles d'être pratiquées, sans plus de risque pour le malade (si nous osons dire) qu'une déviation de la cloison ou une hypertrophie des cornets.

Nous étudierons leurs diverses indications et contre-indications et nous discuterons leurs résultats.

Il faut bien se rendre compte que les progrès qu'elle a faits en moins d'un demi-siècle, sont bien supérieurs à ceux des dates antérieures.

Suivant le but qu'elles se proposent, on peut distinguer :

1° Les opérations qui ont pour but l'amélioration des disgrâces physiques qui ont une origine congénitale ou acquise.

2° Celles qui se rapportent à la réparation des dommages causés par des traumatismes.

3° Et enfin les opérations qui réparent les dommages plastiques dus à l'âge et aux fonctions physiologiques.

Il faut distinguer, en outre, celles qui s'avèrent absolument nécessaires pour la vitalité du sujet, et qui, de ce chef, s'écartent nettement de notre sujet, et desquelles nous ne parlerons pas. Tel que, les imperforations de l'anus chez le nouveau-né, les oblitérations de l'urètre, le spinabiphida, etc. D'autres qui le privent de la fonction d'un organe, amoindrissant ainsi sa capacité de travail, comme sont, au point de vue oculaire, la lagophthalmie, le symblepharon, les catarates congénitales. Les synechies nasales, soit congénitales ou bien acquises comme sequelles d'un lupus ou d'une syphilis héréditaire ou acquise.

Les becs de lièvre, les gueules de loup, que peu-

vent mettre en danger l'existence du nourrisson pour la difficulté que présente pour lui la succion du mamelon maternel. Ils peuvent néanmoins se passer de toute intervention, mais qu'il est de règle aujourd'hui, de réparer plastiquement.

Aux niveaux des membres, les difformités congénitales, qu'on cherche à corriger par des opérations qui poursuivent essentiellement la conservation de la fonction. Et bien d'autres dans lesquels la vie du sujet et la fonction des divers organes ne sont nullement en danger ni compromis, constituent des opérations esthétiques à proprement parler. Ces opérations se pratiquent sur divers organes et sur diverses parties du corps et bon nombre d'entre elles dont nous ne parlerons que pour mémoire, sont de pratique courante depuis longtemps déjà, surtout en ce qui se rapporte à la face par l'oto-rhino-laringologiste, le stomatologiste, etc...

Ainsi pouvons-nous dire que la chirurgie esthétique en soi-même n'a rien de nouveau, rien d'extraordinaire, et que depuis que la chirurgie existe, on peut affirmer qu'on a fait de la chirurgie esthétique. Et il nous semble que c'est vouloir jouer avec les mots que de faire des distinctions si strictes. Et dire ou vouloir prouver par des arguments plus ou moins sophistiqués que l'illustre Hyppolite Morestin, quand, en 1912, tel un nouveau Pygmalion, sculptait sur des blessures affreuses un visage merveilleux, il faisait seul et uniquement de la chirurgie réparatrice, est un non-sens,

Voyons donc ces trois sortes de disgrâces physiques congénitales, accidentelles et acquises, auxquelles la chirurgie esthétique peut s'attaquer avec succès.

Chirurgie esthétique du visage

Et d'abord, il nous faut parler de la chirurgie esthétique du visage ; c'est en effet la partie du corps qui, étant la plus exposée aux regards, est celle qui a le plus besoin d'être aussi plastiquement parfaite que possible, et non seulement pour le monde des artistes, des modèles, mais encore dans le monde tout court, où un défaut physique peut faire par lui-même perdre des places et des emplois à des personnes très capables ; cependant que d'autres à physique plus avantageux et à capacité moindre trouvent de bonnes situations. Les personnes disgraciées de la nature se voient refuser de partout et finissent par se décourager, devenir timides et sombrer parfois dans la neurasthénie.

Voyons donc quelles améliorations la pratique chirurgicale peut emmener sur la laideur humaine.

LE NEZ

On a dit qu'on pouvait mesurer la bêtise d'un homme à la longueur de son appendice nasal ; il est indiscutable que cette affirmation s'avère bien des fois fausse pour la tranquillité de ceux à qui la nature a trop généreusement servi. En effet, l'histoire est pleine d'exemples des longs nez qui ont acquis une juste célébrité, grâce à leur propriétaire.

Cela n'empêche néanmoins que ces défauts physiques furent et seront toujours ridiculisés. Un poète espagnol illustre n'a-t-il pas écrit un de ses meilleurs sonnets pour parler d'un de ces nez qui nous laissent rêveurs ? :

« *Erase un hombre a una nariz pegada* ». C'est-à-dire : « Il était une fois un homme à son nez soudé ».

(Nous donnons la traduction de ce vers sans prétendre exprimer par elle ce que le poète lui-même a voulu dire, on sait combien il est difficile de faire une traduction juste d'une langue à une autre. Et, pour bien comprendre la portée, la force d'expression de cette figure, il faut la lire dans le texte original).

Et peut-on songer au héros d'Edmond Rostand, sans penser à son nez célèbre. Ce sont donc les nez très allongés et courbes qui ont toujours été l'objet des railleries plus ou moins spirituelles, ce qui n'empêche point que toutes les difformités nasales ont toujours été vues comme des tares plastiques.

Ce fut donc sur le nez que la chirurgie esthétique de la face fit ses débuts ; et parmi les précurseurs, peut-être le premier, nous trouvons Joseph, en Allemagne, qui, depuis 1895, « pratiqua la première intervention de chirurgie esthétique pure pour correction de nez disgracieux, par voie endonasale sans cicatrice extérieure.

Il va sans dire que d'autres chirurgiens avant lui, avaient fait des opérations plastiques sur le nez, mais ces opérations n'avaient pas un caractère esthétique véritable, puisque, étant toujours faite par voie externe, ces cicatrices étaient aussi ou plus disgracieuses que la déformation qui avait motivé l'opération.

Après lui de nombreux auteurs, en particulier en Amérique et en Allemagne, reproduisent ses techniques et ses travaux. Les plus connus d'entre eux étaient des spécialistes en rhinologie. Il nous faut mentionner, en Amérique, les travaux de Carter (Wesley), de Beck de Chicago qui, déjà en 1908,

publient des articles sur la prothèse nasale de Abbott de Cleveland, qui fait des travaux sur la transplantation cartilagineuse au niveau du nez en 1912, et enfin plus récemment, les travaux de Coken Hee, en 1921, et de Sheehan en 1925, et de bien d'autres qu'il serait long d'énumérer.

En Angleterre, Gillees H. D., qui étudia les déformations syphilitiques du nez et leur correction plastique. En Allemagne, un des pays où l'on a le plus travaillé sur cette branche de la chirurgie, les auteurs qui se sont occupés de la question sont encore plus nombreux, depuis Joseph, dont nous avons déjà parlé, et qu'on peut considérer comme le père de la chirurgie cosmétique dans son pays, qui, depuis 1909, publiait des travaux ; jusqu'à nos jours, il faut nommer des auteurs bien connus, comme Ferber (1907), Bruning (1918), Esser (1920), Lexer (1926), R. Ingebrigtsen (1929), etc., etc...

Et pour ce qui se rapporte à la France, nombreux aussi sont les chirurgiens qui ont fait de la chirurgie plastique sur la pyramide nasale ; depuis l'habile Morestin, jusqu'à Maurel (1928). Il y a eu Mignon (1907), Bourget (1909), Dufourmentel (1920), Sébillaux, Claque (1931), etc... En Italie, Guilio Gianturco (1929) et même en Amérique du Sud, Prévost, de Rio de Janeiro, en 1927, et Basavillaso, à Buenos-Ayres.

Comme nous voyons, un peu partout on a fait des travaux très nombreux sur la chirurgie du nez ; voyons maintenant comment cette chirurgie se pratique, ses indications, ses contre-indications, ses résultats.

Généralités. — Tout d'abord, il nous faut dire que toutes ces opérations se font par voie endonasale pour ne pas laisser de cicatrice extérieure. C'est un principe absolu. L'anesthésie est une anesthésie lo-

cole qui se fait soit par la novocaïne adréalinée au 1/200, comme on le fait généralement en France, ou bien par réfrigération, qui est une méthode employée surtout par les chirurgiens américains. L'instrumentation chirurgicale elle-même, n'est nullement compliquée et une instrumentation usuelle de chirurgie osseuse est presque toujours suffisante. On utilise les bistouris à lame tranchante sur les deux bords de Joseph, à pointe rabattue de Sebileau; quant aux aiguilles de suture, elles n'existent pour ainsi dire pas, puisque les sutures endonasales dans ces opérations cosmétiques sont elles-mêmes très rares.

Clasifications. — On connaît 8 formes de nez, d'après leur morphologie extérieure :

- 1° Le nez droit (ou nez grec classique).
- 2° Le nez épaté (propre à la race noire).
- 3° Le nez busqué (race rouge).
- 4° Le nez tombant (sémitique).
- 5° Le nez camard.
- 6° Le bourbonien.
- 7° Le nez retroussé.

On voit donc que la forme du nez est loin d'être unique et qu'elle varie dans les races, dans les individus, et même dans les membres d'une famille. Le but de la chirurgie cosmétique n'est point de ramener tous ces nez à la perfection du premier en haut nommé. Ce serait faire œuvre antiesthétique puisque la forme du nez, comme les autres traits du visage, donnent à la figure son caractère particulier et son cachet propre ; et ainsi on a très justement dit que l'expression individuelle, animatrice de l'art moderne, naît de l'irrégularité plastique qui n'est, en somme, que le premier pas vers la disgrâce.

On ne peut donc corriger un défaut nasal qu'en tenant compte de la physionomie tout entière ; ainsi

à un front vaste et légèrement olympien doit correspondre un nez légèrement arqué.

« Ne pas modifier un organe de façon radicale ; corriger les tendances dans ce qu'elles ont d'excessif ; les juger inesthétiques seulement à partir du moment où elles détruisent l'harmonie, en laisser toujours subsister le vestige et ne pas enlever le sens d'une physionomie par une transformation, une mutation de type ». Voilà le but, le premier commandement de la chirurgie cosmétique.

Au point de vue de leurs défauts, les nez difformes se ramènent à six grandes catégories, qui sont :

1° *Nez déprimés*, comprenant :

- a) les nez ensellés ;
- b) les nez camus ;
- c) les nez plats.

2° *Nze cyphotiques, hyperconvexes.*

3° *Nez élargis.*

4° *Nez déviés.*

5° *Nez allongés*, qui comprennent :

- a) allongés et droits ;
- b) allongés et courbes.

6° *Nez retroussés.*

En plus de ceci, on peut parler des déféctuosités partielles des ailes du nez et des narines, des déformations nasales accompagnant le bec de lièvre et enfin du rhinophyma, rendu célèbre par le tableau du Ghirlandajo.

1°. NEZ DÉPRIMÉS

C'est un nez acquis ou congénital dans lequel on peut différencier trois types.

a) *Nez ensellés*. — Dépression au niveau de la région squelettique de la pyramide nasale. C'est une des premières interventions d'esthétique nasale effectuée par des chirurgiens ; elle peut, à la rigueur, être considérée comme une opération réparatrice. *Deux étiologies* : congénitale, elle est la plupart du temps considérée comme un des éléments qui accompagnent la classique triade de Huschinson dans la syphilis héréditaire (kératite, surdité, dents crénelées) ; acquise, elle est, dans ce cas, due à l'action d'un traumatisme, cette déformation traumatique est très fréquente chez le boxeur, elle peut également être due à une gomme dans la syphilis acquise. Il va sans dire que l'aspect qui comporte de telles difformités commande une correction sans discussion.

Correction (Nous donnons ci-dessous les divers procédés employés aujourd'hui dans la correction des nez difformes ou disgracieux ; tant pour les nez en lorgnette, comme pour les autres). Deux procédés aujourd'hui classiques : prothèse et greffe.

Prothèse. — Elle se fait aujourd'hui surtout en Amérique, par l'injection de paraffine à froid, ou par l'inclusion d'un bloc de paraffine très dure et fusible à 60° ou 65°, glissé par la voie endonasale à la faveur d'une petite incision. On a fait, et on continue à faire également, la greffe par l'inclusion d'autres substances, comme l'ivoire, le celluloid, le tissus osseux et tendineux, etc.

Mais il semble cependant que la meilleure méthode pour la prothèse nasale soit celle qui est pratiquée par le cartilage animal. Moulouguet fut un des premiers qui utilisa en France ce dernier procédé.

Indications : La prothèse est aujourd'hui à conseiller toutes les fois que le chirurgien ne peut pas

appliquer une autre méthode. Et parmi les procédés que nous venons d'exposer, le meilleur est sans doute celui qui emploie le cartilage animal qui n'est pas, à proprement parler, une hétéro-greffe ; les propriétés biologiques du cartilages ayant été tuées par leur passage prolongé, dans un but de conservation dans une solution de formol. Il n'a pas, par contre, les nombreux inconvénients, que nous allons voir, et qui font mettre de côté les deux autres méthodes.

Les résultats obtenus donnent parfaite satisfaction, en particulier pour ce qui se rapporte au côté esthétique, puisqu'on peut tailler d'après mesure le cartilage, tant de fois que l'on veut, avant de l'appliquer définitivement ; et avec plus de facilité que l'ivoire, l'os et d'autres substances moins maléables. Ce procédé a donné entre les mains de Moulounguet des résultats très satisfaisants.

Contre-indications. Les contre-indications à la méthode précédente ne laissent pas d'être nombreuses, surtout en ce qui se rapporte à la prothèse faite avec de la parafine qui, incluse dans les parois du nez, joue le rôle de véritable corps étranger, et qui non seulement peut s'éliminer à la longue, mais surtout, et voilà peut-être sa plus grande contre-indication contribue à la formation d'un parafinome, qui non seulement détruit tout le beau travail effectué, mais se comporte, non plus comme un corps étranger plus ou moins supportable, mais comme une véritable tumeur maligne. Et d'ailleurs, la parafine est de moins en moins employée en prothèse, c'est peut-être ici dans le cas d'ensellure nasale peu marquée, qu'elle trouve une de ses rares indications.

La parafine, en effet, après avoir eu son moment de vogue en prothèse générale, est tombée dans un discrédit, dirions-nous, bien mérité ; et plus encore qu'en prothèse tout court, en chirurgie cos-

métique, elle doit être bien rarement employée. On peut dire que si on continue à employer dans la prothèse nasale et dans la réfection des cornets dans l'ozène, la méthode de Stin, c'est avec des réserves, en prévenant franchement l'opéré que, plus tard, on aurait peut-être à lui enlever la substance incluse.

Greffes. Les greffes sont presque toutes des auto-greffes qui sont, soit du cartilage, soit de l'os, soit ostrocartilagineuses.

Auto-greffes cartilagineuses. Les cartilages employés pour ces greffes par la plupart des auteurs, sont des cartilages costaux pris surtout au niveau des 8°, 9° et 10°, qui donnent de très bonnes empreintes et qui sont aussi d'une longueur suffisante, ainsi par exemple celui de la 10°, qui mesure 13 cm., se trouve parmi les plus larges. Un seul inconvénient présente ce cartilage, c'est le prélèvement qui est assez difficile, mutilant, et peut laisser des paralysies costales rebelles.

Auto-greffes osseuses. Qui se prélèvent au niveau du tibia, de l'omoplate, de la crête iliaque, est la seconde méthode employée. Ces greffes osseuses ont l'avantage d'être plus solides que les cartilages, et finissent par faire complètement corps avec le squelette nasal lui-même et ainsi de résister au choc le plus violent. On a vu des pugilistes qui, ayant des nez refaits par une greffe osseuse, résister à des combats redoutables d'où ils sortirent avec une figure démolie, mais un nez indemne.

Deux contre-indications peuvent néanmoins être reprochées aux greffes osseuses, d'abord leur durée, qui n'est pas toujours illimitée ; en effet, tout en restant plus solides que les cartilagineuses au début,

par la suite, elles peuvent donner lieu à la production d'ostéophytes, qui peuvent être évités, il est vrai, en ne laissant aucun lambeau de périoste décollé ou flottant au cours de l'opération. Et enfin le fragment osseux devant se nourri par irrigation, doit être pénétré par des néoformations vasculaires, qui ne sont pas toujours complètes et, forcément, il peut subir en totalité ou en partie, un processus de dégénérescence, qui aboutit à la raréfaction osseuse ; ce dernier inconvénient n'est pas le propre du cartilage, qui, comme nous le savons, se nourrit par imbibition.

Auto-greffes ostéocartilagineuses. — Mais de tous ces procédés, celui qui semble le plus logique est l'auto-greffe endonasale, elles présentent indiscutablement certains avantages, et pour commencer disons tout de suite qu'elles ne nécessitent pas pour le malade deux interventions sur deux régions différentes du corps, qui, surtout ici, où il s'agit de chirurgie esthétique, c'est-à-dire de chirurgie peu utile, peut faire reculer le malade devant une telle opération. Aussi, la rapidité de l'opération ne nécessitant pas un séjour prolongé dans une maison de santé, permettant aux malades de reprendre aussitôt ses occupations habituelles. Malheureusement, cette dernière méthode ne peut servir que dans la réparation d'un petit défaut et non quand il faut refaire, bâtir complètement la pyramide nasale.

Aussi voit-on que dans les os même du nez, on peut trouver le matériel nécessaire pour le réparer cosmétiquement ; cloison, normaux ou épaissis, cornets inférieurs, etc... fournissent toujours un matériel excellent.

Technique

1° On commence par créer le décollement par une petite incision *endonasale* ou *boutonnière*, pratiquée à l'extrémité antérieure du vestibule narinare, tout près de la pointe antérieure de la cloison, par cette boutonnière, on insinue un bistouri qui doit éviter les fausses routes.

2° Ensuite on prélève les greffons, on les taille à mesure et on les met sur place, après avoir examiné le résultat obtenu, s'il est défectueux, on l'enlève pour le corriger et le remettre en place. Il est donc une bonne précaution de le tailler un peu plus grand pour commencer, de façon à le recouper ensuite, le cas échéant. L'intervention se termine par un point de suture qui ferme l'orifice d'inclusion.

Résultats

Ils sont rapides et indiscutablement très beaux, le plus disgracieux des nez ensellés peut être remplacé par le plus beau nez grec.

Complications

Elles n'existent cliniquement pas, et en tout cas elles sont bien moins fréquentes que dans toutes les opérations faites sur le nez en oto-rhino-laryngologie, les fosses nasales, en effet, ont une résistance « prodigieuse » à l'infection ; il va sans dire qu'il ne faut pas opérer pendant une période de corizza aigu ou chronique. La seule complication, si on peut l'appeler telle, est le gonflement post-opératoire, qui, d'ailleurs, est nul quand l'intervention porte uni-

quement sur le cartilage, et dans ce cas, les résultats au point de vue esthétique, sont immédiats.

Par contre, le gonflement tardif peut provoquer une périostite par effilochage du périoste dans une opération mal conduite, où l'on n'a pas assez respecté cette partie de l'os, qui se met à pousser d'une façon extraordinaire comme il en a l'habitude, détruisant en quelques semaines les résultats obtenus et obligeant le chirurgien à refaire complètement l'opération. Heureusement, c'est une complication assez rare, sur laquelle un opérateur habile n'a pas à compter. On peut se demander en cas d'accident si la syphilis n'est pas en cause.

Quant à la nécrose, la redoutable nécrose, la chose la plus effrayante pour un chirurgien esthétique, avec élimination de squille osseuse, elle ne se voit ici que très rarement. Il paraîtrait que l'emploi du bistouri électrique (par l'échauffement qu'il produit dans l'os) serait pour quelque chose dans leur production.

b) *Nez camus*. — C'est un nez affaissé dans lequel l'affaissement porte seulement sur la partie cartilagineuse. La pointe du nez est aplatie ; les narines élargies et la sous-cloison trop brève. Cette forme de nez est particulière aux nègres.

Il y a ici trois défauts à corriger :

1° *Diminution de l'applatissage du nez*. — On le fait par la technique de Joseph par laquelle on fait saillir la pointe du nez en la projetant en avant au moyen de l'accolement des deux cartilages des ailes dans leur partie médiane.

2° *Diminution de la largeur des narines*. — Correction faite par la section de l'aile du nez dans le sillon nasogénien. Taille d'un lambeau triangu-

laire, suture de ce lambeau au niveau de la plaie qui résulta de la section de l'aile du nez et enfin suture de l'aile en dehors de cette petite languette.

3° *Surélévation de la pointe du nez.* — Un greffon cartilagineux en forme de clou dont la pointe est fichée dans l'épine osseuse nasale inférieure, le corps forme la sous-cloison, la tête remonte la pointe du nez.

C) *Nez plat et complètement affaissé.* — Dans ce cas qui est la réunion des deux types précédents, il faut faire une greffe totale pour refaire l'arrêt dorsal et la sous-cloison.

2° NEZ CYPHOTIQUES, HYPERCONVEXES

Cyphose et hyperconvexité portant sur l'os ou le cartilage ou bien encore sur ces deux éléments à la fois, dans ce cas nous avons le nez cyranesque.

Technique. — Anesthésie par infiltration novocainique ; incision de la muqueuse au niveau du pli vestibulaire traversant muqueuse et cartilage et ensuite deux temps :

Décollement qui se prolonge très haut jusqu'à la racine du nez par une rougine enfoncée par l'incision, c'est le temps essentiel qui permet d'opérer de travailler sous la peau, à ciel couvert si l'on ose dire, et qui évite ainsi toute cicatrice externe.

Résection de la cyphose. Soit par la scie de Joseph, soit par le rabot de Moulonguet ou bien par les ciseaux à froid, il faut après, régulariser la forme définitive que va prendre le nez au moyen de limes propres en ayant soin de bien enlever les petits dé-

bris, qui, s'il restaient, pourraient jouer le rôle de corps étranger.

3° NEZ ÉLARGI

Technique. — On fait une section par un trait de scie vertical de chaque côté de la ligne médiane, dans la charpente osseuse au niveau des os propres et de la branche montante du maxillaire supérieur, puis on luxe en dedans les bords externes des os nasaux en pressant avec le pouce autant qu'il est besoin pour obtenir un amincissement voulu. Pour maintenir les os du nez dans cette position on peut employer les appareils à pression continue et variable (type Ferris-Schmit).

4°. NEZ DÉVIÉS (qui sont presque toujours déviés latéralement).

Technique. — Une section sous-muqueuse de la cloison. Un trait de scie vertical du côté convexe. Un triangle osseux à bosse inférieure du côté concave. Maintenir en place le nez par un appareil de contention, fabriqué si possible d'après mesure. Mais lorsque cette déviation porte sur la cloison seule, la correction devient plus difficile, sa technique étant un peu plus longue à décrire, nous l'omettons ici.

5°. NEZ ALLONGÉS

La pointe du nez est très allongée, le nez devient trop long, et rarement droit, il a une tendance générale à s'incurver, on dit qu'il tombe dans la bouche, il est fréquent de le voir coexister avec un degré plus ou moins grand d'hyperconvexité, la cor-

rection dans pareil cas doit se faire en même temps que celle de la partie osseuse.

S'il est droit et allongé. La résection au niveau de la partie inférieure de la cloison d'un triangle cartilagineux à base antérieure suivi d'une suture de la sous-cloison surélevant ainsi la pointe du nez.

S'il est droit et courbe (nez crochu), attribué à tort comme propre à la race israélite ou sémitique. Ici, à une cloison très allongée, s'associe une sous-cloison très courte. Il faut donc associer pour la correction à la technique précédente, celle de l'allongement de la sous-cloison, qui est la partie la plus difficile à bien réussir.

6° NEZ RETROUSSÉS (populaires à Paris)

Est le type opposé du précédent. Allongement de la sous-cloison et de la partie inférieure de la cloison cartilagineuse.

Réparation. — Section de la sous-cloison, mise à nu du bord inférieur de la cloison et taille et section dans celle-ci d'un triangle oblique en haut et en avant à sommet inférieur, après suture un seul point est visible à la base de la sous-cloison, les autres étant endo-nasaux.

LES MALFORMATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU DES OREILLES

- a) *Oreilles décollées.*
- b) *Hypertrophie partielle ou totale du pavillon.*
- c) *Déformation du lobule.*
- d) *Les othématomes traumatiques.*

Les défectuosités des oreilles sont, par rapport à celles du nez, bien moins démarquées et ce n'est guère que leur grandeur démesurée ou leur décollement très apparent qui apporte un défaut d'harmonie à l'ensemble de la physionomie. Nous allons passer en revue cependant quatre sortes de défauts qui peuvent être corrigés par des opérations esthétiques relativement simples.

a) OREILLES DÉCOLLÉES (défectuosité de la conque)

Elles ont leur origine dans l'hypertrophie du cartilage de la conque, qui accompagne souvent celle du pavillon. La correction qui se fait toujours à l'anesthésie locale, par piqûre au niveau du sillon auriculotemporal à la novocaïne adrénalinée.

Quand l'hypertrophie porte seulement sur le cartilage de la conque, on fait une section sous-cutanée de ce cartilage ; pour faciliter cette section on fait une deuxième injection qui complète l'anesthésie et produit le décollement nécessaire. On pratique ensuite la résection en forme de croissant de la peau dont le grand axe correspond au sillon retro-auriculaire. Le cartilage de la conque se trouve ainsi découvert dans sa partie postérieure, il doit être en-

tièrement dénudé par le décollement de la lèvre antérieure de la plaie. On pratique ensuite la résection cartilagineuse proprement dite, au fond de la brèche laissée par cette partie du cartilage enlevé ; on perçoit la face postérieure de la peau recouvrant la conque par sa face antérieure qu'il faut soigneusement respecter et c'est à cette conservation que doivent viser tous les efforts pendant l'opération, puisque la percer serait laisser une cicatrice visible. Il faut ensuite sectionner par deux incisions droites partant des extrémités supérieures et inférieures de la plaie cutanée, les attaches du cartilage du pavillon ; ce qui permet à l'oreille de s'appliquer sur toute son étendue sur le plan crânien. On finit par la suture qui n'a rien de particulier, puisque siégeant à niveau du sillon rétro-auriculaire, elle restera complètement masquée.

Les résultats obtenus par cette petite intervention sont particulièrement remarquables dans leurs effets. La *complication* qui peut, cependant, venir assombrir un peu le pronostic est l'hématome post-opératoire, qui, quand il est très étendu, peut détruire tous les résultats obtenus, et parfois s'organiser en othématome. Le traitement (quand il se produit) est l'évacuation par ponction au niveau de la face antérieure de la conque au moyen d'un bistouri fin qui laisse une cicatrice peu visible. La prophylaxie de cette complication, la seule mais aussi la plus redoutable pour le résultat esthétique, se trouve dans l'opération elle-même, c'est-à-dire dans la pratique d'une hémostase soigneuse.

b) HYPERTROPHIE TOTALE OU PARTIELLE DU PAVILLON

Quand l'hypertrophie porte à la fois sur la conque et sur le pavillon, créant ainsi des oreilles non

seulement décollées, mais à pavillon énorme, il faut corriger en même temps ces défauts en pratiquant une section triangulaire à base sur l'hélix et à pointe sur la conque, les deux tranchants cutanéocartilagineux sont adossés l'une à l'autre par une suture fine, cela dans le cas où cette hypertrophie est totale ou uniforme. Par contre, si cette hypertrophie se manifeste seulement sur la partie supérieure du pavillon, il faut la faire par une résection semblable à la précédente, mais dont la branche supérieure est bien plus longue que l'inférieure ; sur cette branche supérieure, on pratique une seconde petite incision triangulaire à base inférieure et perpendiculaire à cette branche.

Ainsi donc sur la première section triangulaire réduisant en hauteur, se branche une autre, réduisant en largeur.

c) DÉFORMATION DU LOBULE

Les défauts du lobule de l'oreille sont considérées par maints auteurs comme un stigmate de spécificité et de dégénérescence, mais au point de vue de désharmonie, il nous semble que c'est trop dire ou trop vouloir chercher la perfection, que trouver dans un lobule adhérent par exemple, un trait antiesthétique très accentué. Et chez les femmes en particulier, un tel défaut est inappréciable, puisque même les cheveux courts sont assez longs pour masquer l'oreille tout entière. Les défauts les plus courants trouvés au niveau de cette partie de l'oreille sont l'absence de lobule, son hypertrophie congénitale ou acquise, son adhérence, l'applatissage de l'hélix et la suppression des circonvolutions, son enroulement, la terminaison en pointe du pavillon

(oreille faunesque), l'absence des tubercules tragus et antitragus.

Une simple section cunéiforme corrige l'hyper-trophie du lobule. Pour le lobule adhérent, une incision courbe à concavité antérieure périlobulaire que l'on suture par des points symétriques, dans la plaie en forme de croissant qui en résulte, on le maintient avec une bande de célophane, entre le lobule dégagé et la plaie, pour éviter que l'adhérence se reforme.

Nous signalons, en passant, la correction des oreilles tombantes (oreilles de caniche) dont J. Bourguent, de Paris, s'est particulièrement occupé et a parfaitement réglé la technique de sa correction.

d) LES OTHÉMATOMES TRAUMATIQUES

Cette défectuosité, propre aujourd'hui aux boxeurs, appelée vulgairement oreille en chou-fleur, existait autrefois chez les combattants du stade, comme en font foi les marbres antiques. Une fois formés par une organisation fibreuse, due elle-même à une ancienne hématome, ils ont tendance à s'accroître sous l'influence des nouveaux hématomes, produits par les plus faibles traumatismes et dans ces conditions, ils peuvent devenir pour un boxeur un empêchement absolu de continuer son métier. Le traitement est l'extirpation complète en laissant néanmoins, une lamelle de cartilage pour éviter l'affaissement du pavillon qui reproduit ainsi des oreilles tombantes.

CORRECTION ESTHETIQUE DE LA PARALYSIE FACIALE

Les résultats obtenus par le traitement de la paralysie faciale au point de vue médical, à part le traitement électrique qui est d'ailleurs très coûteux, peuvent être considérés comme médiocres et bien des médecins pensent pour eux-mêmes ou disent à leurs malades qu'il n'y a rien à faire. Méditons deux secondes sur l'effet de cette petite phrase, dans l'esprit d'un de ces malades, surtout s'il s'agit d'une femme ; pour mesurer l'étendue de la disgrâce qui la frappe et qui peut même l'acculer au suicide. C'est pourquoi il nous semble qu'aujourd'hui un pronostic si sombre ne doit plus exister, puisque, comme nous allons le voir, par des procédés chirurgicaux plus compliqués que difficiles, on peut arriver à le changer complètement.

C'est aux travaux de Vilray, Braire, de Sheehan, de Ferrin, Smith, etc... que nous devons une nouvelle technique pour corriger cette disgrâce physique, une des plus apparentes.

Technique. — Deux défauts sont à corriger :

1° *La lagophthalmie*, qui maintient l'œil ouvert en permanence et la déviation de la commissure labiale abaissée et entraînée du côté sain.

Pour obtenir un tel résultat, il faut exercer une traction mécanique par des lambeaux de tissus fibreux, prélevés au niveau du facialata et inclusion dans les téguments faciaux. Par une incision temporaire, l'aiguille spéciale de Blaire est introduite et, cheminant sous les téguments palpébraux supérieurs, va sortir à une autre petite incision pratiquée à l'angle interne de l'œil, là elle accroche une

bande fibreuse de facialata qu'elle attire vers l'orifice d'entrée. Cette bande doit passer aussi sous le tégument palpébral interne, et son chef inférieur suit un trajet sous les téguments palpébraux inférieurs, les deux chefs ressortent aussi au niveau de l'incision temporale où ils seront noués ; leur striction assurant le rétrécissement de la fente oculaire. Pour ce qui se rapporte à la déviation buccale, une incision pratiquée au niveau de la région temporale inférieure, dissimulée par les cheveux, permet le passage de l'aiguille de Blaire, portant une double bande de tissus fibreux et cheminant sous le tégument de la joue ; sa partie moyenne passe en anse dans le nœud musculaire de la commissure labiale qu'elle relève, on l'amarre à ce niveau, se faisant jour pour cette manœuvre par une petite incision pratiquée à ce niveau. Les deux chefs sont noués à l'orifice d'entrée.

La bande, dans son trajet intermédiaire, suit une direction oblique en haut et en arrière sous les téguments de la joue.

2° *Ranimation des muscles paralysés.* — Esthétiquement parlant, la correction cosmétique est terminée, on la complète par la réactivation de muscles paralysés de façon à leur donner une valeur fonctionnelle ; on le fait au moyen des bandes de muscles restés sains, temporal et masseter.

ORICULAIRE DE L'ŒIL

Des bandes de muscles temporaux au nombre de deux sont découpées et eversées en avant, s'anastomosant avec les deux portions supérieures et inférieures de l'orbiculaire de l'œil.

ORICULAIRE DES LÈVRES

Trois bandes découpées dans le masseter sont anastomosées, la supérieure avec l'élévateur des paupières, la moyenne avec l'orbiculaire supérieur, l'inférieure avec l'orbiculaire inférieur.

CORRECTIONS DES RIDES DU VISAGE

Ces opérations, le plus fréquemment pratiquées en chirurgie esthétique pure, et qui n'ont d'autre but, que celui de réparer les dommages de la plasticité causés par l'âge, peuvent être considérées comme une intervention cosmétique type. Aussi, multiples sont les techniques qui, jusqu'à présent, ont été publiées sur ces interventions et très nombreux les auteurs qui se sont occupés de la question, surtout depuis 1914 ; tels que Joseph, Passot, Stein, Eitner, Claque, etc., etc... De toutes ces interventions, la plus fréquente est celle qui vise à corriger les bajoues et rendre à la physionomie sa régularité et ses proportions harmonieuses antérieures. Elle consiste en une résection temporale et pré-auriculaire suivie de résection de la peau et de suture qui restera presque complètement cachée par les cheveux.

L'intervention avec résection temporale simple est l'opération qui se pratique dans le cas peu avancé ; elle consiste à enlever des petites quantités de téguments à la limite exacte de l'implantation des cheveux, la quantité de téguments enlevée correspond exactement à celle qui est un excès sur les téguments du visage et qui constitue les rides.

La bonne place qu'on a choisi pour pratiquer

l'incision est l'endroit exact où la peau de la face unique et plissable commence à adhérer à l'aponévrose, il y a là une petite zone de cheveux, assez mince, il est vrai, mais suffisant pour dissimuler la suture qui se trouvera à son niveau. La suture est la plupart du temps faite au crin de Florence, en points séparés passés très près de la ligne d'incision ; ce sont des sutures du type dermo-épidermique. La suture intra-dermique n'est pas applicable à ce niveau par cause de l'étendue et de l'irrégularité de la plaie et ensuite de la traction exagérée qu'elle doit exercer. Cette traction est nécessaire non seulement pour obtenir une correction plus complète, mais aussi dans un but de revivification de la peau qui est produite par cette espèce de choc dermique.

Complications opératoires

Elles sont très rares, un peu d'œdème dans la région palpébrale si l'anesthésie par injection a été très profondément pratiquée. Une déformation de traits ayant tendance à donner à la figure un aspect de magot chinois, par élongation de l'angle externe de l'œil ; cet aspect, effarant pour l'opérateur et l'opéré, disparaît rapidement sans laisser de traces ; le cartilage palpébral ayant une tendance naturelle à reprendre sa place normale : il ne persiste guère plus de six jours.

Il peut se produire également une echymose qui va jusqu'à la joue et parfois peut prendre la conjonctive, mais qu'on voit disparaître au bout de trois semaines ; il est fréquent de voir cette échymose apparaître brusquement chez les hépatiques, elle serait due à une vaso-dilatation post-adréalinique produisant un suintement en nappe ; on peut donc le réduire par l'affaiblissement du titrage de l'adré-

naline, et comme prophylactique, le chlorure de calcium peut donner les résultats, administrés pendant 5 à 6 jours avant l'opération à la dose de 2 à 3 grammes par jour en potion.

Les autres techniques dans les ridectomies se rapportent aux cas déjà bien plus avancés ; et à la section temporale cutanée s'ajoute un décollement assez étendu et des sutures profondes.

D'autres ont pour but de corriger des mentons surnuméraires, si on nous permet l'expression ; l'incision à pratiquer ici, doit être non pas verticale, comme on pourrait le croire, mais par contre horizontale sur le relief mentonier, suivi d'un décollement soushyodien des téguments, ablation des amas graisseux et suture qui suit exactement le rebord du maxillaire inférieur.

Par d'autres procédés, on peut également corriger les rides isolées du front, soit horizontales, soit verticales, les plis nasogéniens et les plis et bourrelés des paupières supérieures et inférieures, qui sont si disgracieux, surtout chez une femme.

Nous ne faisons pas mention ici des opérations pratiquées sur les seins, leur technique est connue et se trouve aujourd'hui dans tous les livres de chirurgie générale. C'est par là que la chirurgie esthétique a fait aussi ses débuts, mais ces opérations, on peut les considérer aujourd'hui à la portée de tout bon chirurgien. Au point de vue étiologique pure après les opérations pour ablation de cancer ou de tumeur bénigne, de telle façon à laisser le moins possible de cicatrice, on peut dire que les opérations qui se pratiquent sur les seins sont au nombre de 4 d'abord les ptoses bénignes, qu'une opération à technique relativement simple permet de réparer, mais où les raisons d'opérer doivent être discutées.

2° La ptose moyenne, à laquelle on applique les procédés de résection simples.

3° Les grandes ptoses dans lesquelles les procédés auto-plastiques de transplantation du mamelon sont nettement indiqués.

4° Les ptoses géantes, véritable infirmité opérable en deux temps. Il nous faut mentionner aussi les opérations pratiquées sur des seins atrophiés où des greffons graisseux et épidermiques ont donné des résultats éthétiques tout à fait remarquables.

Pour terminer ce court exposé, nous dirons aussi que des opérations esthétiques ont été pratiquées dans le but de corriger des petits défauts, tels que des défauts de la fente oculaire, qu'on est arrivé à agrandir dans le sens vertical et transversal. Sur des lèvres qui sont trop épaissies, éverses, ou pendantes, etc., etc... des opérations correctrices au niveau des cheveux, des sourcils et même des cils. Les adiposes abdominales généralisées ou localisées sous-ombilicales, brachiales ou au niveau de la poitrine postérieure de la nuque, jambière, etc., etc...

Nous devons avoir parlé depuis le début des cicatrices et des sutures esthétiques, les progrès qu'on a fait pour les faire disparaître sont multiples, on a obtenu des résultats remarquables, mais malheureusement, on n'est pas encore arrivé à se débarrasser complètement d'elles.

Qu'il nous suffise de dire qu'aujourd'hui on peut lutter heureusement contre la cicatrice cheloïdienne et que les procédés de technique que nous possédons permettent, sinon de faire disparaître complètement la cicatrice, au moins de la dissimuler et de diminuer ses dégâts plastiques.

CHAPITRE III

UTILITÉ PRATIQUE. — RÔLE SOCIAL

Utilité pratique de la chirurgie esthétique

*« I like persons better than principles,
and I like persons with no principles
better than any thing else in
the world. »*

O. W.

Voilà une chose qui, à première vue, semble ne donner lieu à aucune discussion et, cependant, on peut dire que c'est là, précisément, où se trouve le point névralgique de la question. Quant à son utilité pratique, on a toujours dit que la chirurgie cosmétique était une chose inutile ne cadrant en rien avec le but que se sont toujours proposés la médecine et la chirurgie ; en effet, le but de ces dernières est, avant tout, de soulager et de guérir, et il semble pour bien des auteurs que l'on ne doit pas dépasser ces limites ; aujourd'hui cependant, restreints et périmés. Si la qualité d'un bon chirurgien était autrefois une sûreté de main impeccable, une vue parfaite jointe à la rapidité de l'exécution et à un self-control inné, aujourd'hui on doit ajouter à toutes ces belles qualités celle non moins belle d'être un véritable artiste, un sculpteur de la matière vivante humaine et animale dont le but n'est pas d'amoindrir, mais par contre de réhausser toujours la plastique de son sujet chaque fois qu'il porte la main sur lui,

Qu'on le veuille ou non, les chirurgiens qui ont fait de la chirurgie réparatrice ou orthopédique, et qui continuent à en faire, sont des chirurgiens cosmétiques, puisque leur but est de rendre à des parties du corps lésées par des traumatismes ou d'une façon congénitale, leur beauté plastique antérieure, ainsi ceux qui admettent l'intérêt de cette chirurgie réparatrice, c'est-à-dire tous les chirurgiens, sont donc amenés à admettre le droit et l'utilité de la seconde, qui ne diffère, si nous regardons bien, que par des nuances d'appréciation.

Il est vrai que dans ce qu'on a voulu appeler chirurgie cosmétique pure, on spécifie qu'elle n'a d'autre but que celui de rendre au sujet opéré le maximum de beauté plastique sans s'arrêter simplement à corriger sur la face par exemple les énormes délabrements dus aux traumatismes de guerre ou d'accident de travail, qui déjà mettent en péril certaines fonctions physiologiques incompatibles avec l'existence.

Mais cette « chirurgie de beauté » elle-même, joue un rôle social éminemment pratique et nous ne craignons pas de dire que son inutilité n'est qu'apparente dans la plus grande majorité des cas ; en effet, combien de personnes désirent voir disparaître ces lamentables disgrâces, gênantes en soi, et qui les amoindrissent au point de vue social. Combien d'entre elles désirent ardemment bannir de tels défauts de leur physionomie et de leur corps, dans un but purement économique si, nous osons dire, puisque sans ces défauts ils pourraient gagner plus aisément leur vie, tels que vendeurs de grands magasins, garçons de café (puisque nous savons que de telles places sont rigoureusement fermées aux mutilés de la face tels que les sublimes « gueules cassées »). Mais à part cela, il y a les autres... la foule des autres, qui eux, sont vraiment des ob-

sédés, des psychopates que leur disgrâce mène parfois au désespoir. Comme l'a très précisément remarqué le Docteur Dartiques « *car il ne faut pas oublier que les déshérités de la face ont une psychologie malade qui les pousse parfois au suicide* ».

Si, par des opérations aussi simples que celles que nous avons vues, on peut sauver de tels malades, changer complètement leur état d'âme, n'est-ce pas suffisant pour admettre l'utilité pratique de cette chirurgie ?

Il ne faut pas dire que cette chirurgie est une chirurgie douteuse ; naturellement, elle, mieux que tout autre, se prête à l'exercice illégal de la chirurgie, et si le public se laisse trop souvent bernier par des charlatans, qui publient comme toujours des promesses mirifiques, sur tel appareil ou tel institut de beauté, c'est à la vulgarisation scientifique et à l'instruction du public que revient le devoir d'empêcher de tels abus.

Les résultats opératoires de la chirurgie esthétique vient confirmer mieux que tout, son utilité pratique réelle, nous savons les résultats merveilleux que l'on obtient et cela par des opérations qui, comparées avec celles que l'on fait en chirurgie générale, ne présentent aucun danger. Elles sont encore bien moins dangereuses que tous les autres procédés d'embellissements pratiqués par des coiffeurs, par des « *usines de beauté* » si répandues aujourd'hui dans les grandes villes. Nous citons ici, à ce sujet, *ad integrum*, les paroles prononcées par le professeur Ducung, dans son discours prononcé à la faculté de Toulouse. « Cette chirurgie ne présente pas de risque. Il s'agit essentiellement d'une chirurgie des parties molles, puisqu'elle intéresse surtout la peau. C'est en outre une chirurgie qui se pratique à l'anesthésie locale, ceci veut dire

que nous n'endormons pas non malades, et qu'ils évitent les aléas de cet acte indispensable pour beaucoup d'autres opérations. »

La « Chirurgie esthétique est en somme une chirurgie de très petit risque, ces risques sont infiniment moins graves et moins fréquents que ceux des autres procédés d'embellissement. »

« Pour vous prouver combien sont bénignes les suites opératoires de la chirurgie esthétique et combien sont petits les risques à courir, je vous déclare que je n'hésiterais pas à pratiquer sur les êtres qui me sont chers une opération esthétique.

« La chirurgie esthétique est un art basé sur des sciences nombreuses et difficiles, elle est bien établie depuis longtemps avec ses règles. Elle se perfectionne chaque jour. Elle est la plus bénigne des diverses branches de la chirurgie et beaucoup plus bénigne que certains procédés d'embellissement. Elle fait honneur à la chirurgie française et quelques chirurgiens se sont immortalisés en l'exerçant. Des milliers de malades lui doivent l'arrangement de disgrâces affreuses. »

On a dit que la Chirurgie esthétique avait un but disproportionné au résultat, nous ne le croyons nullement, on verra un peu plus loin que ses résultats sont parfois médiocres (cela dépend comme partout en chirurgie, de la qualité de l'opérateur) ils sont toujours aussi bons et on pourrait dire toujours meilleurs que ceux donnés par une opération médiocrement menée en chirurgie générale.

Et ensuite, cette disproportion ne peut jamais être appréciée par le chirurgien mais plutôt par l'opéré lui-même, et cette disproportion qui n'existe pas quant au risque, n'existe pas non plus quant à son luxe. Elle n'est pas en effet une chirurgie de luxe, si nous pensons que l'argent qu'une femme dépense chaque semaine chez son coiffeur, est par-

fois bien supérieur à celui qu'elle donne à son médecin.

La chirurgie esthétique a donc une raison pratique et sociale d'exister, et la pratiquer ne peut pas être inutile ni amoral. On ne peut pas considérer comme amoral une science et un art qui se proposent de corriger, surtout chez la femme, chez la jeune fille, un nez aplati, des oreilles de faune, des mentons fuyants, des yeux qui louchent etc., etc... un art qui corrige les disgrâces faciales et corporelles par caprice de la nature ou par le fait d'un traumatisme. Ne sait-on pas que les porteurs de telles disgrâces en sont fort affligés ? S'il y en a qui en tirent partie, il y a le plus grand nombre qui souffre de se voir amoindri, ceux qui, *« en défendant leur physique, défendent aussi leur pain »* Blondel, nous pouvons penser donc que la chirurgie, comme toujours après son premier devoir, qui continue à être celui de sauver et de guérir, de lutter contre la douleur, la maladie et la mort : a un deuxième devoir qui est celui de lutter contre la vieillesse et la laideur, facteurs qui produisent chez ceux qui en sont atteints, la douleur morale qui est parfois plus à craindre que nos maux physiques. Aussi, nous voyons que cette nouvelle branche, cette dernière née de la chirurgie, au lieu de la déprécier, contribue au contraire à la faire considérer non plus comme un art et une science qui se propose de guérir nos maux physiques, mais encore nos peines morales : la chirurgie, sous ce point de vue, s'avère donc éminemment idéaliste.

Pour terminer donc, nous dirons que cette chirurgie, qui a déjà ses raisons d'être, ses créateurs, ses représentants, ses applications bien définies, ses techniques bien réglées et devenues aujourd'hui courantes. Et que c'est une science et un art dont les résultats merveilleux se comptent par milliers

et qui empêchent de ce chef, de tenir compte des quelques cas malheureux, autour desquels on se plut à faire du bruit, dans le but de la discréditer, aidé il est vrai par décision des juges qui, pris au dépourvu, et sans connaissance de la question, ont rendu des jugements malheureux dont la conséquence serait de paralyser le progrès de cette branche de la chirurgie, comme ils ont voulu paralyser jadis le progrès de la chirurgie, tout court.

C'est une science qui est aujourd'hui loin d'être à son maximum de développement ; elle continue son évolution naturelle, s'adaptant aux nécessités de l'époque ; par ses débuts brillants, elle a déjà conquis son droit de citer et elle ne peut plus être considérée comme dangereuse et non avenue.

Son avenir nous semble tout simplement grandiose et des défauts tels que la calvitie, la petitesse ou la grandeur de la taille seront, dans un avenir non lointain, de son domaine. On a déjà supprimé des boiteries par raccourcissement traumatique du membre inférieur (Ducuing). On a fait des essais de greffe de la chevelure, et ici, dans la réalisation, nous verrions une chose rare en soi, l'art chirurgical prenant au domaine de la médecine une affection qu'elle n'a pu arriver à guérir, chose qui est plutôt rare à notre époque, où la médecine a fait reculer victorieusement les limites du domaine du bistouri. On a tenté des modifications du contour facial, etc., etc...

En résumé, nous voyons donc que la chirurgie esthétique a un avenir illimité et que si, dans un jour lointain, la chirurgie doit disparaître avec les progrès scientifiques toujours croissants de la médecine, la chirurgie qui répare les traumatismes et les laideurs acquises et congénitales, c'est-à-dire la Chirurgie cosmétique et sculpturale, seule, est destinée à vivre toujours.

CHAPITRE IV

RESPONSABILITÉS MÉDICO-LÉGALES

La question médico-légale en Chirurgie Esthétique n'est pas définitivement réglée, surtout pour ce qui se rapporte à la France. Le jugement rendu sur cette question par les juges français ont plutôt tendance à regarder d'un œil plein de sévérité, tout près de condamner le chirurgien à la moindre faute, quand il s'agit d'une question de chirurgie esthétique pure. Car, pour eux, la distinction entre la faute lourde et la faute légère n'a pas de valeur légale ici, et la jurisprudence de jour en jour, a tendance à les assimiler.

Mais sait-on vraiment à certains moment quand une opération est du domaine de la Chirurgie esthétique pure ? Ainsi, dans une affaire retentissante, l'opinion des juges a prévalu à celle des éminents praticiens et, sans paraître bien connaître la question médico-légale et non simplement légale, ils ont condamné un des plus savants chirurgiens qui ait honoré la chirurgie française; et cette condamnation a été motivée parce que « *la malade aurait dû être apertie du risque qu'elle pouvait courir* ». Suivant les conclusions de ce jugement, il faudrait donc prévenir l'opéré de tous les risques qu'il peut encourir, mais cette question, qui paraît si simple aux juges et au public est absolument complexe, en ce qui se rapporte à une opération chirurgicale.

En effet, une opération de chirurgie esthétique n'a rien de dissemblable à une opération de chi-

rurgie générale ; elle est même plus simple et moins dangereuse, si on ne demande pas aux chirurgiens de prévenir ses clients, de tous les dangers qu'ils ont à courir dans une simple appendicite, on ne peut à *fortiori*, le lui demander, quand il s'agit d'une correction nasale par exemple ; dans cette dernière, au contraire, les dangers étant réduits au minimum. Restant cependant comme partout « cet inconnu imprévisible » dont parle Brizard. On sait qu'une simple incision de rides peut mettre le malade au bord d'une septicémie suraiguë, d'une embolie mortelle ; mais si tous ces risques étaient dévoilés et détaillés au malade, jamais une opération chirurgicale ne serait pratiquée, et on aurait ainsi laissé se perdre des milliers et des milliers de vies humaines.

Pour pratiquer donc cette chirurgie, il faut s'entourer de toutes les précautions légales possibles, puisqu'ici celui qui risque le plus n'est pas le malade les risques opératoires étant minimes en comparaison avec ce qu'encourt un opéré en chirurgie générale ; mais le chirurgien lui-même par rapport à la loi. Il doit en somme considérer son client « inesthétique » comme un adversaire capable de devenir après l'opération plus revendicateur, plus exigeant que tout autre. Il ne faut donc pas le laisser croire que le chirurgien est un magicien, qui avec le bistouri et les agraffes de Michel, en guise de baguette magique, va transformer Quasimodo en Adonis. Il faut savoir que de tels malades viennent au chirurgien comme chez un Dieu et que dans leur imagination, ils croient que celui-ci va transformer leur laideur en un idéal de beauté et ainsi les résultats quoique avantageux seront toujours au-dessous de leur rêve ; leur espoir se transforme ainsi en haine pour avoir trop espéré, et ce sont de telles déceptions et de telles rancœurs, que les individus louches exploitent. Il

faut donc que le praticien se prémunise contre de tels risques.

La meilleur façon pour éviter de tels ennuis est de faire signer au futur opéré une formule dans laquelle il s'engage à ne pas rendre responsable le chirurgien des incidents et accidents qui pourraient survenir pendant ou après l'intervention. Cette formule dirait en substance ;

Je reconnais avoir été averti des risques que comportent l'opération et de toute complication imprévue.

Il est également prudent de tirer ou faire tirer, plusieurs photos avant et après intervention pour toute éventualité possible.

Dans le rapport du congrès de Médecine légale tenu à Paris, les 4, 5 et 6 mai 1931, il est spécifié qu'un chirurgien doit être condamné, du moment qu'il existe une faute lourde, une erreur grossière, il est ainsi absolument responsable ; il est nécessaire que pour que la responsabilité existe que la faute soit prouvée d'une façon indiscutable, mais il faut savoir qu'entre la faute et l'erreur il n'y a pas de différence spécifique. Si en chirurgie générale on tient compte des circonstances des faits, des conditions dans lesquelles l'intervention a eu lieu ; intervention faites à la campagne dans des conditions précaires d'aseptie et antiseptie étant donné l'urgence du cas, dans le domaine de la Chirurgie Esthétique on ne tiendra pas compte de telles circonstances et les circonstances atténuantes n'existeront pour ainsi dire jamais.

Par conséquent avec la Chirurgie Esthétique les chirurgiens qui la pratiquent ne sauraient jamais prendre assez de précautions, il n'est pas question naturellement de mentir au futur opéré ; et de lui faire entrevoir seul et uniquement les avantages, qu'il aurait à tirer de telle ou telle opération prati-

quée, il faut parler clair et net, dire tous les aléas que son opération peut comporter dans ses résultats, la nécessité dans laquelle le chirurgien peut se trouver de refaire cette opération quelque temps après ou bien d'apporter des retouches. Dans les opérations qui se font par décollements étendus des téguments il ne faut pas oublier la possibilité des hématomes et des hémorragies toujours possibles, dans l'inclusion d'un bloc de parafine dans le nez, la nécessité d'enlever celui-ci, quelques années plus tard ; mais il ne parlera pas du risque vital ni il évoquera les risques imprévisibles, que pour déconseiller ou refuser complètement l'intervention.

Toutes ces précautions sont ici de mise à cause de l'attitude paradoxale des juges à l'égard de cette matière. Il est à propos bien amusant de voir les juges se trouver dans cette matière presque en contradiction avec eux-mêmes, ils donnent tous les jours des indemnités à des personnes qui ont eu leur physique endommagé dans des accidents ; aussi par exemple en ce qui concerne la question purement esthétique, on a vu attribuer 10.000 et 20.000 francs de dommages à des personnes, hommes ou femmes ayant eu des accidents d'auto ou de chemin de fer ayant causé des plaies au visage dont la guérison entraîna des cicatrices disgracieuses. Et même dans les barèmes d'accidents de travail, il existe des indemnités pour simple disgrâce malgré qu'il ne tienne surtout compte que d'incapacité de travail.

Nous citerons ici ce qui a rapport, écrivent MM. Forgues et Jeanbreaux, sur les indemnités accordées aux accidentés. Le tribunal de la Seine, évalua à 6 % la réduction de capacité ouvrière entraînée chez une employée de magasin par une brûlure du cuir chevelu ayant occasionnée, calvitie assez étendue pour nécessiter le port d'une perruque.

Un ouvrier moulurier de 51 ans fait une para-

lysie faciale à la suite d'une section du nerf à sa sortie de la région parotidienne. Il en résulte des troubles de la mimique, et de l'inclusion de l'œil gauche ; par la suite de la paralysie de l'orbiculaire. Cette affection ne gênant nullement l'ouvrier dans l'exercice de sa profession, et ne pouvant nuire à son embauchage ; parce qu'il travaillait au fond de l'atelier, sans avoir rapport avec le public ; le professeur Baltazar a considéré cette infirmité de nature à diminuer pour le sinistré, dans une forte proportion, le charme de l'existence, comme une incapacité partielle et définitive de 10 %.

Il est attribué de même une indemnité de 10 à 15 % pour les disgrâces de faits de guerre produisant aussi une incapacité de travail sans que malgré les déformations du massif facial, les fonctions physiologiques de la mastication et la respiration soient troublées.

Pour les juges la disgrâce constitue un dommage pour les accidentés de toutes sortes pour les blessés de guerre et ces mêmes juges condamnent la Chirurgie Esthétique dont le rôle est de rendre passagère les disgrâces définitives.

Nous voyons donc que la justice a actuellement et d'une façon qui s'avère anti-scientifique et insoutenable et qui va même à l'encontre de la logique en lutte ouverte contre une science déjà bien établie et qui a toutes ses raisons d'être et de progresser. Ils mettent par leur jugement des entraves à son développement, ils gênent sans arrêter le complet épanouissement d'une science et d'un art qui sont appelés à un bel avenir. Ils mettent les chirurgiens dans une situation qui les pousse à craindre les responsabilités et les risques opératoires au delà de la raison et de la logique et à se croiser les bras dans des circonstances difficiles, ou bien à demander protection à l'assurance contre les risques profession-

nels. La plupart des chirurgiens ont contracté aujourd'hui, une assurance de cette catégorie, désirant ainsi parer les coups des poursuites et des condamnations qu'ils subissent, et dans lesquelles qu'ils aient tort ou raison, on fait toujours autour d'eux une publicité qui nuit à leur honorabilité de praticien et à celle de la chirurgie même.

« Peu importe d'ailleurs, il est peu vraisemblable, que cette crainte de risques opératoires n'arrête pas l'extraordinaire essor de la Chirurgie Esthétique, les risques existent soit, mais pour quels avantages. Par delà l'imperfection puisqu'elle ferme les plaies de l'âme, c'est la chirurgie du bonheur. Un tel enjeu vaut bien un risque » (Dartigues).

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés de démontrer et de prouver tout le long de cet exposé :

I. — Que la chirurgie esthétique est une partie de la chirurgie, qui par ses brillants résultats a conquis aujourd'hui ses droits de cité ; que c'est un art et une science fondés sur des bases scientifiques et qu'elle joue un rôle social et pratique indiscutable.

II. — Que cette chirurgie ne doit pas être considérée comme non avenue et immorale ; et qu'ainsi qu'il est un devoir pour un chirurgien de secourir tous ceux que les blessures, les infections, les tumeurs, les processus inflammatoires, les lésions cicatricielles, les malformations congénitales ou acquises, mettent en danger de mort, en état de souffrance, en mal d'impotence. Il n'en est pas moins un devoir, celui de secourir ceux qui s'avèrent porteurs d'une simple diminution anatomique ou fonctionnelle, entraînant préjudice, même si ce préjudice est d'ordre moral et, réside dans une diminution de la valeur sociale, en froissement d'amour-propre, en perte d'énergie et de valeur personnelle ; puisque de tels sujets ont le droit d'appeler à la médecine et à la chirurgie, pour se débarrasser de la dysplastie qui empoisonne leur existence, même quand ces dysplasties ne mettent nullement en jeu ni l'existence, ni les fonctions fondamentales de l'économie.

III. — Que la chirurgie esthétique ne peut pas être considérée comme illégale et qu'il n'est pas une

faute de pratiquer une opération dans laquelle le seul but poursuivi est celui d'embellir. Ainsi donc, elle doit-être soumise aux mêmes lois de l'exercice de la médecine et de la chirurgie, n'étant par rapport à ces dernières qu'une branche dépendante.

IV. — Et enfin nous avons vu que la conduite du praticien en face d'une intervention de chirurgie esthétique, qui est une chirurgie pleine d'embûche, nécessitant beaucoup de patience, de précision et d'adresse, doit être imprégnée d'une grande prudence et surtout d'un grand souci de probité professionnelle. Il a le devoir d'informer le futur opéré, des risques qu'il a à courir et de l'insuccès possible de son intervention.

Cet avertissement, il doit le faire, dût-il faire abandonner par le patient tout projet de correction esthétique. Car une telle intervention, pour aussi simple et bénigne qu'elle soit scientifiquement cataloguée, n'est jamais sans faire courir quelques dangers à celui qui l'a subie.

V. — Mais s'il doit agir avec prudence, il doit aussi garder la plus complète indépendance d'esprit pour ne pas se laisser influencer par certains malades qui sollicitent de lui des opérations cosmétiques, et qui sont en fin de compte des demi-déments, des obsédés par d'imaginaires disgrâces physiques.

Honnêtement, scrupuleusement, il ne doit écouter que les ordres que lui dicte sa conscience et son devoir professionnel. Il doit faire œuvre mieux que partout ailleurs, de clinicien distingué et de psychologue émérite. Et surtout, il ne doit se laisser tenter à pratiquer de telles opérations dans un esprit de lucre désavoué et déshonorant.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE DU NEZ

- ABBOLT. — Transplantation cartilagineuse du nez. (Soc. Laryng. de Cleveland t. 1 p. 914).
- ARY DOS SANTOS. — L'emploi des substances inertes pour les greffes dans la chirurgie esthétique du nez (Revue de chirurgie plastique n° 4, janvier 1932).
- BINNIE ET STARTZ. — Correction of deformity due to complete loss of nose an most of the alveolus and hard palate (J. Missouri M. Ass. Saint-Louis, 1917, XIV, p. 415-418).
- BLANC. — Appareils de redressement nasal (Semaine Dentaire, 7 octobre 1928).
- BOSVREL. — La plastique nasale. (Courrier Médical 13 février 1927).
- BERK (Chicago). — Arch. laryng. tome II, 1908.
- CARTER. — The laryngoscope (Saint-Louis), 1911.
- CHARLES CLAOUÉ. — Chirurgie esthétique du nez et étude radiographique du profil. (Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux, 16 décembre 1929).
- CLAOUÉ. — Chirurgie esthétique du nez et étude radiographique du profil. (Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux, séance du 9 décembre 1929).
- DUFOURMENTEL (L.). — Chirurgie correctrice du nez (Les Presses Universitaires de France).
- DUJARRIER. — Contribution à l'étude de la chirurgie endo-septale. (Thèse de Paris 1924).
- GRIPPON (P.C.H.). — La rhinotomie paralatéro-nasale. Technique opératoire, indications. (Thèse de Paris 1928).
- MOULONGET (A.). — Notes sur un cas de plastique nasale. (Bull. et Mem. de la soc. franç. d'Oto-Rhino-Laringol. 1920, p. 374).

DÉFECTUOSITÉS DES OREILLES

- EITNER. — Wiener med. Wochenschrift, n° 5, 1923.
- ECKSTEIN. — Deutsche gesell. für Chir., 1921.
- GEIGSUNG. — Wiener med. Wochens., 1903.
- JOSEPH. — Handbuch für chir. des Oheres, 1911.
- LEIDLER et HOFFER. — Österreichische otol. gesell., 1922.

RIDES DU VISAGE

- FRUHWALD. — Wiener med. Wochens., tome XXXVIII, 1922.
JOSEPH. — Deut. med. Wochens, tome XI, 1921.
PASSOT. — Bulletin Ac. méd., 29 juillet, 1919.
STEIN. — Wiener med. Wochens., 1921.

SEIN (*correction esthétique de la ptose mammaire*)

- AXKAUSEN. — Med. Klin. sep. 1926.
BLOND. — Zentral. organ. f. chir. Bd. 13, 1921.
DARTIQUES. — Archives franco-belges, avril 1925.
GOBELB. — Munich med. Wochens, n° 31, 1914.
KAUSCH. — Zentralblatt für Chirurgie, n° 35, 1916.
PASQUET. — Zentralorgan für chir. Bd. 3.

DIVERS

- MAUCLAIRE. — Bulletin soc. Chirurgie, 29 juillet 1919.
PHALLER. — Soc. derm. et syphil., 1920.
PONCET. — Lyon médical, tome LVIII, 1896.
BRANCHU. — La prothèse chez les anciens (Lyon chir. 1917, XIV, 608-662).
ROUSSEAU. — Thèse, Paris. Sur les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique, 1903.
GLUCK T. — Die plastische chirurgie im neunzehnten Jahrhundert (Deutsch Klinik., Berlin und Wien, 1901, VIII, 174-192).
GURIT. — Ueber plastische Operationen in alten zeiten (Berl. Klin. Woch., 1891, XXVIII, p. 805-807).
Ch. BRISARD. — Le risque opératoire en chirurgie esthétique (Rev. de chir. plastique, N° 4, janv. 1932).
A. PEIJTEL. — La chirurgie esthétique au point de vue médico-légal. (Paris med. (annexe) I ; IX, may 16, 1931 ; VI, may 30, 1931 ; XIV, june 6, 1931).
N. ROJAS. — La responsabilidad en la cirugia estética (Rev. de ciencias médicas, de oct. de 1929, n° 138, p. 130).
P. SEBILEAU. — La chirurgie cosmétique. Les droits et les devoirs du chirurgien. Le Bulletin médical, n° 37, 31 août 1929, p. 931).

